

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DA INFECÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO

SANTOS, José Ricardo Gabriel dos¹
OLIVEIRA, Renan Carlos de
SANTOS, Manassés Moura dos
CAVALCANTI, Raul Luiz de Souza
SEABRA, Maracélia Rodrigues
LIMA JUNIOR, Edvaldo Higino de

RESUMO

A presente pesquisa tem por objetivo identificar o papel do enfermeiro no manejo da infecção da ferida cirúrgica. O procedimento técnico utilizado foi revisão bibliográfica simples, partindo de materiais científicos, relacionados aos procedimentos na prevenção da infecção do sítio cirúrgico (ISC). Foram realizadas buscas na base de dados LILASCS, SCIELO E BDEFN. Foram encontrados 762 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão, a saber: textos completos, disponíveis gratuitamente, assunto principal infecção da ferida cirúrgica, idioma português e artigos publicados nos últimos 5 (cinco) anos que tivesse aderência temática de infecção de ferida operatória e atuação do enfermeiro. Após a aplicação desses critérios restaram cinco artigos. Tendo em vista o objetivo do estudo, encontramos parcialmente assuntos relacionados aos cuidados do enfermeiro na prevenção da infecção do sítio cirúrgico, sabendo-se que o enfermeiro tem ações diretas no cuidado com o paciente, apresentamos algumas ações do enfermeiro na prevenção de ISC, porém é necessário que sejam realizadas pesquisas mais específicas que orientem o enfermeiro para que haja uma melhora da assistência, para uma melhora da qualidade nos cuidados de enfermagem, visando a diminuição e os risco de infecções.

Palavras chave: Infecção da ferida cirúrgica / enfermagem

ABSTRACT

To present research he/she has for objective to identify the nurse's paper in the handling of the infection of the surgical wound. The used technical procedure, it was simple bibliographical revision, leaving of scientific materials, related to procedures in the prevention of the infection of the surgical ranch. Where was accomplished searches in the base of data LILASCS, SCIELO AND BDEFN, they were found 762 goods, after application of the inclusion criteria, to know: texts complete, available gratuitously, I pay attention to main infection of the surgical wound, Portuguese language and goods published in the last 5 (five) years that had thematic adherence of infection of operative wound and the nurse's performance, after application of those criteria they remained 5 (five) goods. Tends in view the objective of the study, we found related subjects partially under the care of the nurse in the prevention of the isc, being known that the nurse has

¹SANTOS, J.; SANTOS, M.; OLIVEIRA; Enfermeiros do Centro de Formação Profissional Bezerra de Araújo; SEABRA; graduanda do Curso de Farmácia do Centro Universitário Celso Lisboa; CAVALCANTI; Docente Ms. do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa; LIMA JUNIOR; Docente Ms. do Curso de Farmácia do Centro Universitário Celso Lisboa e do curso de Enfermagem do Centro de Formação Profissional Bezerra de Araújo.

direct actions in the care with the patient, we presented some the nurse's actions in the prevention of ISC, however it is necessary that more researches are accomplished specify that guide the nurse so that there is an improvement of the attendance, for an improvement of the quality in the nursing cares, seeking the decrease and I scratch out them of infections.

Keywords: Infection of the surgical wound / nursing

INTRODUÇÃO

Segundo a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2009) quando se fala de infecções relacionadas a assistência a infecção do sitio cirúrgico (ISC) é uma das principais, onde ela ocupa a terceira posição entre todas as infecções onde estima-se de 14% a 16% das encontradas nos pacientes hospitalizados.

Kirland et al (apud SBIB, 2014) realizou um estudo identificando casos de ISC onde os pacientes submetidos a cirurgia com ISC o índice mortalidade durante a internação é de 7,8% pacientes sem a infecção é de 3,5%, duas vezes maior o risco de morte, a possibilidade de retorno a unidade hospitalar pacientes com a infecção é de 41% e pacientes sem a infecção é de 7%. 5,5 vezes maior a chance de serem internado novamente e a duração da hospitalização vai de 7 dias a 18 dias ou seja um maior tempo de permanência no hospital.

Após a realização de uma cirurgia, que são procedimentos invasivos nas camadas superficiais ou profundas, uma das complicações que podem ocorrer é a infecção no local da operação o que é denominada como Infecção do sitio cirúrgico. Esse tipo de problema é sério que gera uma maior permanência dos pacientes nos hospitais em média de 4-7 dias a mais, o que gera ainda altos custos no tratamento da infecção um aumento na taxa de morbidade e mortalidade onde o paciente tem duas vezes a mais chance de ir a óbito. A ISC contribui para cerca de 20% de todas as infecções relacionadas a assistência a saúde. Nos países ocidentais, a frequência da infecção é de 15-20% de todos os casos, em cirurgia geral é de 2-15% de incidência, em um estudo realizado pelo Ministério da saúde no ano de 1999 a taxa de ISC foi de 11% no total dos procedimentos cirúrgicos realizados. (BRASIL, 2010)

Segundo o manual de medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde estima-se que são realizadas de 187 a 281 milhões de

cirurgias de grande porte por ano, o equivale em uma cirurgia para cada vinte e cinco indivíduos, isto ocorre devido ao aumento da expectativa de vida e da violência. Esse aumento contribui para o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, (junto de aperfeiçoamento) tendo em vista que essas técnicas têm contribuindo para este montante e junto um crescimento das complicações desses procedimentos cirúrgicos, que variam entre 3% a 16 % e óbitos entre 5% e 10%, em países em desenvolvimento. As ISC são infecções mais comuns decorrente ao ato cirúrgico, que no pós operatório ocorrem cerca de 3 a 20% dos procedimentos realizados. As ISC são consideradas eventos adversos frequentes, decorrente da assistência à saúde dos pacientes que pode resultar em dano físico, social e/ou psicológico do indivíduo, sendo uma ameaça à segurança do paciente. No Brasil, embora não haja dados sistematizados, são apontados em terceiro lugar em um conjunto, sendo estimadas aproximadamente em, 14 a 16% dos pacientes hospitalizados. Além dos prejuízos, físicos, psicológicos, e financeiros aos pacientes acometidos, as ISC podem prolongar a estadia do paciente em média de sete a onze dias aumentar a chance de readmissão hospitalar e cirurgias adicionais. (BRASIL, 2017)

Na equipe de saúde, a enfermagem por permanecer mais tempo com os pacientes, possui a capacidade de prestar uma assistência mais adequada, prevendo situações que possam vir a agravar o desenvolvimento da ISC. Com isso o enfermeiro e a sua equipe devem estar sempre se atualizando para que garanta a segurança na realização dos procedimentos. Promovendo assim, uma redução do retorno e permanência de pacientes na unidade hospitalar, e promover uma assistência sistematizada (SANTANA; OLIVEIRA, 2015)

Diante das questões mencionadas, o presente estudo tem o objetivo de Identificar o Papel do Enfermeiro no Manejo da Infecção da Ferida Cirúrgica.

METODOLOGIA

Através das técnicas utilizadas, o estudo visa ao seu final, a conscientização dos profissionais e fortalecimento da aplicação do conhecimento científico à prática. Com o objetivo de alcançar o proposto anteriormente, o estudo será realizado através de uma pesquisa exploratória

quantitativa de revisão integrativa de literatura, com o propósito de ampliar os conhecimentos e técnicas aplicados no procedimento de feridas operatórias, visto a realizar uma visão ampla, de dada situação. Proporcionando ações positivas na qualidade assistencial de pacientes que se encontram no período de recuperação após o procedimento operatório. (SANCHEZ, 2015)

Para a abordagem, será utilizada pesquisa baseada em estatísticas e informações mensuráveis, que no caso do presente estudo, através dos artigos publicados nas bases de dados referentes a temática proposta de forma, a esclarecer fatores que irão surgir durante o processo da pesquisa e assim classificá-los. Neste tipo de pesquisa a coleta de dados deve ser estruturada e rigorosamente analisada. (SANCHEZ, 2015)

O procedimento técnico utilizado será a revisão bibliográfica simples, ou seja, partindo de materiais científicos, relacionados a procedimentos e intervenção na prevenção da ISC. Abrangendo também os procedimentos tecnológicos utilizados que atualmente vem sendo utilizados no tratamento. (SANCHEZ, 2015)

Como método científico, o indutivo foi utilizado na pesquisa, de modo, que o estudo parte de um conhecimento técnico, no qual, o enfermeiro é possuidor e vivencia a realidade de pacientes que retornam após o procedimento cirúrgico. É primordial que o conhecimento esteja atrelado a experiência. O profissional de enfermagem é parte do objeto de pesquisa, partindo deste, as questões que nortearam a condução de todo o trabalho. (SANCHEZ, 2015)

Realizado busca nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDNF, utilizando-se os descritores Infecção da ferida cirúrgica / enfermagem, sendo encontrados 762 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão, a saber: textos completos disponíveis gratuitamente, assunto principal infecção da ferida cirúrgica, idioma português, e os artigos publicados nos últimos cinco anos que tivesse aderência temática de infecção de ferida operatória e atuação do enfermeiro, após aplicação desses critérios restaram cinco artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fisiologia da Pele

As técnicas cirúrgicas entre o século XV e XIX começaram a se desenvolver de acordo com o avanço do conhecimento científico. Assim todo tipo de técnica aplicada ao processo cirúrgico na época, eram diferentes da atualidade. (SANTANA; OLIVEIRA, 2015)

Segundo Santos (2016), a ferida operatória é o resultado de um procedimento cirúrgico, quando suas bordas estão saudáveis e apropriadas para serem aproximado e suturado, ou pode haver uma ferida aberta no qual as bordas não estão saudáveis para iniciar um processo de cicatrização. Alguns fatores como idade, nutrição, oxigenação e doenças crônicas podem prejudicar nesse processo de cicatrização. Existem alguns fatores que podem complicar a FO como infecções, hemorragias ou quando os pontos da ferida operatória se rompem.

Segundo Santana e Oliveira (2015, p.77),

Somente no século XIX, com o trabalho do obstetra Ignaz Semmelweiss, tornou-se possível identificar a importância e os princípios da antisepsia e assepsia, reduzindo o índice de infecções e mortalidade por complicações pós-cirúrgica. Apesar de todo avanço tecnológico relacionado à prevenção de infecções, atualmente acontece com frequência complicações no processo pós-operatório.

A pele é o maior órgão do corpo humano, ela recobre toda a superfície corpórea, é dividida em duas camadas distintas. A epiderme sendo a camada mais externa, composta por Linhares celulares: os queratinócitos, melanócitos, e as células de Langherans. E a derme, sendo a camada mais profunda composta por tecidos conjuntivos. (BLANES, 2004)

A epiderme faz parte do tecido conjuntivo cuja origem é mesodérmica, que é constituída por epitélio estratificado pavimentoso queratinizado, cujas as células em abundância neste epitélio são os queratinócitos, a espessura variam de acordo com a região que está localizada, as mais complexas se localizam nas palmas das mãos, na planta dos pés e articulações. No entanto, a epiderme nessas regiões atinge uma espessura de 1,5 mm e é composta por 5 (cinco) camadas que são, Basal, espinhosa, granulosa, lúcida e córnea. (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008)

A derme é localizada entre a epiderme e o tecido subcutâneo ou hipoderme, faz parte tecido conjuntivo, apresenta uma espessura de acordo com a região observada onde atinge um máximo de 3mm na planta do pé é constituída por duas camadas pouco distintas sendo elas, a papilar a mais superficial, e a reticular que é mais profunda. (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008)

Hipoderme é formada por tecido conjuntivo frouxo onde é a camada que fica responsável pelos deslizamentos de suas estruturas no local onde se apóia. (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2008)

Tipos de Feridas

A avaliação das feridas e de suma importância no processo de avaliação e registro, desta forma são classificadas como aguda e crônica, e dependendo do seu tempo de reparação tissular, as feridas cirúrgica são provenientes de traumas e cirurgias e a sua cicatrização ocorre em tempo adequado, sem ter comprometimento. Enquanto as feridas crônicas, são mais morosas, desta forma, apresentam complicações. (BLANES, 2004)

De acordo com (BLANES, 2004),

uma ferida é representada pela interrupção da continuidade de um tecido corpóreo, em maior ou menor extensão, causada por qualquer tipo de trauma físico, químico, mecânico ou desencadeada por uma afecção clínica, que aciona as frentes de defesa orgânica para o contra-ataque.

As feridas são classificadas quanto a sua causa, conteúdo microbiano, tipo de cicatrização, grau de abertura e o tempo de duração. Em relação à causa podem ser cirúrgicas, que são provocadas de maneira eletiva. As traumáticas, ocasionadas devido a um acidente. E as feridas ulcerativas escavadas, formada por necrose e sequestração do tecido. Quanto ao conteúdo microbiano, são classificadas como limpas, limpas contaminadas e as contaminadas. (SANTOS et al., 2011)

As feridas pós operatórias são feridas agudas intencionais, podem ser cicatrizadas por primeira intenção, onde as bordas são mantidas próximas por meio, de suturas, grampos ou fitas adesivas. E também pode ser cicatrizadas em segunda intenção onde as bordas ficam afastadas, deixando o local da incisão aberto. Este caso e utilizado para a drenagem de material infectado (DEALEY, 2008)

De acordo com Carvalho (2014), a classificação de feridas é divididas em quatro categorias e de acordo com o seu potencial de contaminação, que são:

Ferida operatória limpa (Classe I) - É a ferida sem inflamação, que não tem contato trato respiratório, digestório, genital, ou urinário colonizado, e se for trauma pode ser o não perfurado. É a ferida fechada após o procedimento.

Ferida operatória Potencialmente contaminada (Classe II)- São as feridas que acessam o trato respiratório, digestório, ou urinário. Sem a contaminação do procedimento.

Ferida operatória contaminada (Classe III) - são feridas abertas acidentalmente ou a técnica asséptica foi quebrada e realizado em local inflamado e não purulentos.

Ferida operatória suja/infectada (Classe IV) - É a ferida aberta por tem prolongado em média por mais de quatro horas, apresentando sinais clínicos de infecção no local da incisão. (CARVALHO, 2014)

Fatores de Risco Relacionado a Ferida Operatória

A cicatrização da ferida não pode ocorrer enquanto houver sinais flogísticos de infecção, onde ela pode ocorrer tanto na parte sistêmica que prejudica diretamente a cicatrização e quanto no local da ferida. A infecção prolonga o estágio inflamatório da infecção, existem diversos fatores relacionados ao aumento do risco de infecção. (DEALEY, 2008)

Idade

Idade acima de 85 anos, é um fator predisponente ao aumento do risco de infecção na ferida cirúrgica. Em um estudo com análise multivariado, (De BOERETAL,1999) evidenciou que cerca de 10.000 pacientes acompanhados na especialidade de ortopedia apresentou infecção na idade acima de 74 anos (DEALEY, 2008).

A taxa de infecção não é maior somente em idosos, também é maior em recém-nascidos, ou seja ocorre no extremo da idade, isto se deve ao fato que tanto o recém-nascido, quanto o idoso apresentam uma fragilidade do sistema imune e assim a maior possibilidade de comorbidade (CARVALHO, 2014).

Obesidade

Obesidade é um fator determinante para causar infecção da ferida operatória em diversos casos cirúrgicos (DEALEY, 2008).

Obesidade sendo o índice de massa corporal (IMC) calculado de acordo com a seguinte fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (cm)}$ e classificado em baixo peso ($IMC < 18,5$); eutrofia ($IMC 18,5-24,99$); sobrepeso ($IMC 25-29,99$) e obesidade ($IMC \geq 30,00$) (FUSCO, 2015).

Diabetes

A diabete e um fator predisponente de infecção principalmente cardíaca, onde a ferida operatória e no esterno (DEALEY,2008).

Duração da Cirurgia

Cirurgias com uma longa prolongação, as chances do profissional não realizar as técnicas assépticas são maiores e também o tempo que a incisão cirúrgica fica aberto é maior, pode ocasionar perda de sangue, hipoxemia de tecidos e assim aumentar a probabilidade de infecção (CARVALHO, 2014).

Potencial de Contaminação

Cirurgias com maior potencial de contaminação onde é classificado em:

Potencialmente contaminada- são as cirurgias realizadas em tecidos contaminados com a flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil contaminação;

Contaminadas- são realizados em tecidos recentemente aberto ou traumatizados onde a flora bacteriana coloniza em abundância e a contaminação é difícil ou impossível, e possuem um risco mais prevalente de infecção da ferida cirúrgica;

Infectada- que é realizado em qualquer tecido ou órgão com presença de processo infeccioso (FUSCO, 2015).

Papel do Enfermeiro no Manejo da Infecção da Ferida Operatória

Como a cicatrização é um processo fisiológico e dinâmico, faz se necessário o conhecimento técnico, científico e de fatores que poderão acelerar ou retarda determinado processo. Desta forma, e imprescindível o conhecimento

de novas técnicas e produtos para a prevenção de feridas operatórias. Diante da complexidade do cuidado com as feridas, o papel do profissional da saúde não se restringe à avaliação de feridas e a sugestões de tratamento. Para garantir um cuidado efetivo, é necessário orientar educar a equipe de saúde para monitorar o progresso da cicatrização, avaliar a efetividade das intervenções realizadas e o tratamento utilizado. Também é importante a equipe multidisciplinar orientar e motiva os profissionais. Alguns hospitais propiciam programa de educação continuada, relacionada a cursos de prevenção e tratamento de feridas, com intuito de orientar e capacitar os profissionais que realizam estes cuidados. As atividades interdisciplinares fazem parte do cronograma do programa, com a participação de eventos e promoção de cursos aos enfermeiros assistenciais. (SANTOS et al., 2011)

Segundo SANTOS (2011), diante da complexidade do cuidado com as feridas, o papel do profissional da saúde não se restringe à avaliação de feridas e a sugestões de tratamento. Para garantir um cuidado efetivo, é necessário orientar e educar a equipe de saúde para monitorar o progresso da cicatrização, avaliar a efetividade das intervenções realizadas e o tratamento utilizado. Também é importante a equipe multidisciplinar orientar e motivar o paciente para a realização do auto cuidado.

A desqualificação do profissional voltada para a segurança cirúrgica do paciente e prevenção da ISC. No Brasil, o inquérito sobre conhecimento de protocolo de cirurgia segura proposto pela OMS, pesquisa apontam que 85,7% da equipe de enfermagem desconhecem as medidas necessárias para prevenção de infecção da ferida cirúrgica. Devido está falta de conhecimento para segurança cirúrgica do paciente e a carência na comunicação afetiva pode causar danos graves na assistência, desde o procedimento realizado no local errado e a contaminação irreversível da cirurgia, com isso aumentando o índice de morbimortalidade, que na maioria das vezes pode ser evitado. (GARCIA, 2017)

Ações prestadas com disciplina dos membros da equipe cirúrgica são imprescindíveis para prevenção da ISC, promove mudanças no comportamento da equipe resultando um melhor desempenho na execução das técnicas. objetivando o fortalecimento da prática para segurança do paciente cirúrgico. (GARCIA, 2017)

De acordo com Fusco (2015, p. 44) a vigilância epidemiológica das infecções hospitalares faz parte da rotina habitual de trabalho dos enfermeiros da CCIRAS. A ISC é diagnosticada utilizando-se como critério diagnóstico as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

De acordo com a ANVISA (2017) as recomendações básicas para prevenção infecção no pré-operatório são:antibioticoprofilaxia, tricotomia, controle glicêmico, controle da temperatura e preparo da pele.

Antibioticoprofilaxia

A escolha antibiótico adequado deve ser levado em consideração o local a ser abordado, e deve se iniciar em até 60 minutos antes da incisão cirúrgica, porém no caso da vancomicina e ciprofloxacina e deve ser iniciado a dose de 1 a 2 horas antes da infusão, em paciente obesos a dose deve ser ajustada de acordo com o peso, no caso de cirurgias prolongadas deve ser repetidas as doses (BRASIL, 2017).

A cefazolina é indicada para cirurgias como a bariátrica, alguns tipos de cirurgias de cabeça e pescoço, ginecológica, algumas gastrointestinais, ortopédica, otorrinolaringologia, plástica, tórax, vascular, transplante de órgãos trauma e procedimentos urológicos, é utilizada inicialmente com a dose na indução uma concentração de 2g ou 3 g, no intra-operatório é administrado uma dosagem de 1g de 4/4h e dependendo da complexidade da cirurgia sendo feito 1G de 2/2h e no pós operatório podendo ser administrada a mesma dosagem de 8/8h ou 6/6h, com duração em média de 24 horas (BRASIL, 2017).

O metronidazol está indicado para cirurgias mais específicas como a cirurgia oncológica potencialmente contaminada, esôfago, gastroduodeno-pancreatctomia e hepatectomia em uma dose na indução, no intra-operatório 6/6h e no pós-operatório 8/8h com a dosagem de 500 mg nos três momentos, podendo ser associado com a cefazolina ou ceftriaxone (BRASIL, 2017).

Clindamicina é administrada em cirurgias oncológica, 900 mg dose na indução, 600 mg no intra e pós operatório, parto vaginal 900 mg. (BRASIL, 2017).

Cefuroxina em crianças é administrado 50 mg/kg IV, e, em adulto, 1,5G na indução intra-operatório 4/4h ou 6/6h e pós operatório 6/6h com a dosagem de 750 mg, é indicado para cirurgia cardíaca,neurológica, ortopédica, transplante de pulmão e câncer no esôfago (BRASIL, 2017).

Tricotomia

A realização da tricotomia deve ser realizado somente quando estritamente necessário, sendo indicado a não utilização de lâminas; caso indicado, deve ser utilizar um tricotomizador. O enfermeiro deve avaliar o local que será realizado o procedimento cirúrgico, verificar se o paciente está ciente do tipo de cirúrgica que irá realizar, e informar sobre o procedimento e o preparo do local da cirurgia (BRASIL, 2017).

Ao realizar tricotomia enfermeiro deve sempre usar luva de procedimento, tomar muito cuidado para causar cortes na pele do paciente, pois a possibilidade de multiplicação sobre a área lesada aumenta. A remoção dos pelos deve ser fora da sala onde será realizado o procedimento, se for realizado no centro cirúrgico a possibilidade de ficar pelos soltos e contaminar o campo cirúrgico e o campo estéril, em caso de pacientes que tenho marcar, verrugas ou erupções deve ser avaliado antes do preparo da pele, não deve ser usando cremes depilatórios pois podem causar reações adversas na pele. Ao realizar a tricotomia o enfermeiro (BRASIL, 2017).

Controle Glicêmico

O controle da glicemia é primordial para prevenir as ISC, devendo manter os níveis glicêmicos < 180 mg/dl. (BRASIL, 2017). De acordo com Freitas (2013), quando o paciente se depara com a necessidade de se submeter a uma cirurgia ele começa a vivenciar um grau maior de ansiedade e estresse, fazendo gerando um estresse metabólico causando liberação em excesso de hormônios como glucagon, catecolaminas e glicocorticóide, formando a gliconeogênese hepática, e assim a insulina produzida não é eficiente, ocorrendo a hiperglicemia, resultando na liberação de certos mediadores inflamatório o que dificulta e diminui a cicatrização.

Controle da Temperatura

Controle da normotermia durante o período perioperatório imediato mantendo a temperatura $\geq 35,5^{\circ}$ c. Vem sendo observado a temperatura mais frequente hipotermia menor que 35° C no período intraoperatório associada a um aumento de sangramento no pós-operatório, infecções e eventos cardíacos,

para evitar hipotermia é utilizado métodos monitorização e manutenção da temperatura durante a realização da cirurgia sendo utilizado para a monitorização cateter esofágico, bexiga e cutânea sendo o mais utilizado a temperatura cutânea (BRASIL, 2017).

Preparo da Pele

No preparo da pele utilizar álcool altamente bactericida de ação rápida e persistente (clorexidina). Em caso de cirurgia eletiva orientar o paciente para tomar banho com água e sabão antes da realização do procedimento cirúrgico, o banho com asséptico não é indicado para todos os procedimentos cirúrgicos pois não existe evidências claras entre o banho com o produto e a redução do risco de infecção do sítio cirúrgico porém o banho com antisséptico é indicado para situações especiais como as cirurgias de grande porte, tomar banho 2 horas antes com clorexidina 2 % em todo o corpo, em caso de cirurgias eletiva, pequeno e médio porte, em caso de cirurgia de urgência o banho fica a critério da equipe assistente (BRASIL, 2017).

Curativo

No termino da intervenção cirúrgica é uma cobertura, no sítio cirúrgico, com o objetivo de prevenir a entrada de bactéria, dar sustentação física e absorver exsudato, e a cobertura é removida no dia seguinte é avaliada e é realizado um novo curativo (FERREIRA; ANDRADE, 2006).

O primeiro curativo no pós-operatório é realizado pela equipe cirúrgica, e os subsequentes são realizados pelo enfermeiro. O curativo fornece um ambiente adequado para cicatrização, absorve a drenagem, imobiliza a ferida, protege contra lesões mecânicas, protege a ferida contra contaminações, sujeira, fezes, vomito e urina, promove a hemostasia, como em um curativo compressivo. Para realizar a troca de curativo o enfermeiro deve explicar ao paciente o motivo da realização dos curativos, realizar a troca em horário adequado promover a privacidade do paciente (BRUNNER; SUDDARTH. 2012).

Orientações Básicas

Antes e após a realização de um curativo deve fazer a higiene das mãos, deve realizar a troca do curativo com a técnica estéril, nunca deve ser feito a troca sem luvas, pois pode causar a transmissão de microorganismo patogênico. Removendo o curativo sujo, se descarta o curativo sujo em resíduo biológico se coloca uma nova luva (estéril) higieniza e coloca a nova cobertura. Sempre ao realizar a troca de curativo ensinar o paciente como proceder na troca do mesmo e assim demonstra ao paciente como proceder no autocuidado (BRUNNER; SUDDARTH, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo foi realizado com o objetivo de identificar as ações do enfermeiro no manejo da ferida operatória, tendo em vista que a ISC é a complicação mais frequente nas cirurgias, baseamos nossa pesquisa em buscas de artigos e livros, visando nosso objetivo, onde a maior parte dos artigos é voltada para dados epidemiológicos, em algumas situações sendo referenciados tipos de cirurgias que causam maior risco de infecção.

No entanto, encontramos parcialmente assuntos relacionados aos cuidados do enfermeiro na prevenção da ISC, tendo em vista que o enfermeiro tem ações diretas no cuidado com o paciente, apresentamos algumas ações do enfermeiro na prevenção de ISC, porém é necessário que sejam realizadas pesquisas mais específicas que orientem o enfermeiro para que haja uma melhora da assistência, para uma melhora da qualidade nos cuidados de enfermagem, visando a diminuição e os riscos de infecções.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de vigilância Sanitária (ANVISA). **Sítio cirúrgico: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde**. Ministério da Saúde. ANVISA, 2009. Disponível em: Critérios Nacionais de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde e Gerência de Investigação e Prevenção das Infecções e dos Eventos Adversos Acesso em: 05 nov. 2016.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária(ANVISA). **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde: medidas de prevenção de infecção cirúrgica**. ANVISA, 2017. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Infec%C3%A7%C3%A3o+Relacionada+%C3%A0+Assist%C3%Aancia+%C3%A0+Sa%C3%BAde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>> Acesso em: 15 maio 2017.

BRASIL. **Manual de Organização: Recomendações para prevenção das infecções do sítio cirúrgico: Contagem**. Secretaria Municipal de Saúde. 2010. Disponível em: <http://contagem.mg.gov.br/arquivos/downloads/manual_sitio_cirurgico.pdf> Acesso em: 01 nov. 2016.

BLANES, L. **Tratamento de feridas**. 2004 disponível em: <<http://files.artedecuidar.webnode.com.br/200000015-0ad7c0b337/Tratamento%20de%20Feridas.pdf>> Acesso: em 30 out. 2016.

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 474.

CARVALHO, R. **Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em procedimentos gerais em um hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais - Um estudo de incidência**. 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-25742>> Acesso em: 27 nov.2017.

DEALEY, C. **Cuidando de feridas**.3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008, p.19 e 56.

FERREIRA, A.; ANDRADE, D. **Sítio cirúrgico avaliação e intervenções de enfermagem no pós-operatório**. 2006. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-13-1/id%20157.pdf Acesso em: 27 nov. 2017.

FUSCO, S. **Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon**. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n1/pt_0080-6234-reeusp-50-01-0043.pdf> Acesso em: 27 nov. 2017.

FREITAS, P. **Controle glicêmico no perioperatório: evidências para a prevenção de infecção de sítio cirúrgico**. Revista eletrônica de enfermagem. 2013. Disponível em: [:http://www.revenf.bvs.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=s1518-19442013000200029](http://www.revenf.bvs.br/scielophp?script=sci_arttext&pid=s1518-19442013000200029) Acesso em: 22 nov. 2017.

GARCIA, T. **Índice autoreferido pela equipe de cirurgia ortopédica sobre as recomendações e diretrizes internacionais e nacionais para a prevenção de infecção do sítio cirúrgico**. 2017. Disponível em: [<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31336>](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31336) Acesso em: 06 out. 2017.

JUNQUEIRA, L.; CARNEIRO, J. **Histologia básica**. 11.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008.

SBIB. **Manual de Prevenção de Infecção do Sítio Cirúrgico, Zero Infecção**: Hospital Albert Einstein, 2014. Disponível em: [<https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/manual_infeccao_zero_compacto.pdf>](https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/manual_infeccao_zero_compacto.pdf) acesso em: 01 nov. 2016.

SANCHEZ, S. **Instrumentos para uma pesquisa qualitativa**. 2015. Disponível em: [<http://slideplayer.com.br/slide/361007>](http://slideplayer.com.br/slide/361007) Acesso em: 30 Out. 2016.

SANDRA, S. **Instrumentos para uma pesquisa qualitativa**. 2015. Disponível em: [<http://slideplayer.com.br/slide/361007>](http://slideplayer.com.br/slide/361007) Acesso em: 30 out. 2016.

SANTANA, C.; OLIVEIRA, C. Assistência de enfermagem na prevenção de infecções de sítio cirúrgico. **Revista eletrônica atualizada saúde**. Salvador. 2015. p. 76 - 88. Acesso em: 27 nov. 2017.

SANTOS, A. **Importância dos cuidados de enfermagem em uma ferida operatória complexa**. 2016. Disponível em: [<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-35537>](http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-35537) Acesso 06 out. 2017.

SANTOS, J. ; PORTO, S. ; SUSUKI, L.; SOSTIZZO, L. ;ANTONIAZZI, J. **Avaliação e tratamento de feridas: Orientações aos profissionais de saúde**. Hospital de clínicas de porto alegre. Porto Alegre. 2011.44 p. Disponível em: [<www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf>](http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/34755/000790228.pdf) Acesso em: 30 out. 2016.